

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0008371

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8912 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRIFI DMCS
 Date de naissance : 24-09-1991
 Adresse : Lot AL NOUHIT lot n° 41 APPT 1
 Route d'AZZEMOUR Casablanca
 Tél. : 0674730200 Total des frais engagés : 1471,16 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2022
 Nom et prénom du malade : CHRIFI DASS
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dyspnée
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/07/22	ca	170,36		Dr. ZGUENDI A. Mohammed Service des Urgences Polyclinique CNSS Dar Ghali

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KADIRI LOTISSEMENT Lot Benabou N° 98 Dar Bouazza Casablanca Tél. : 05 22 93 78 99	28/07/22	80,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/07/22	TOM	1000
	28/07/22	B	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



Le 28/7/2022

7. CHIRFI DRSS

28,80

Vitaminol Ash

51,40

- Divid

80,20

192

27/11

am ou de qur =

28,80
PR
LOT
Add

AMMN°: 528/17DMP/21NRQ/R1
N° Lot: 1TJ566
Fab: 06/2021
Per: 06/2024
P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

PHARMACIE KADIM LOTISSEMENT
Lot Benabid, N° 98 Dar Bouazza
Casablanca
Tél. : 05 22 93 78 99

Dr. ZGUENI Aberrahim
Service des Urgences
Polyclinique Derb Ghalef



وصفة
ORDONNANCE

Le 28/07/20

Cher. Dnt

- 100g
- 100g
- 100g
- 100g

100g

Dr. ZGUENDI Abdelhakmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS
Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 091183269



وصفة
ORDONNANCE

+ K 16



Le 28/7/22 -

CHIRFI Driss



Dr. CHANIR IDRISSE Taïbi
Généraliste
06 61 86 30 59

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 28-07-2022 à 16:09

Code patient : 2207280080

Né(e) le : ()

IPP : 1311323



Mr CHRIFI Driss

Dossier N° : 2207280080

Prescripteur :

SERVICE DES URGENCES

HEMOSTASE

D-Dimères

Conclusion

320 ng/ml

(<500)

Dosage
négatif. Une
thrombose
veineuse
profonde est
exclue à 95%.

Validé par : HACHIMI ZINEB



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur
Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 28/07/2022

Patient (e) : CHFIFI DRISS

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Absence de nodule pulmonaire

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Absence d'image de dilatation des branches.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

TDM thoracique ne révélant pas d'anomalies.

DR BENBRAHIM

Dr. Abdelilah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF
IMPE 21076/02



N° IPP : 1311272	N° SEJOUR : 220065488	FACTURE N° 2203025632		DATE D'ENTREE : 28/07/2022	DATE DE SORTIE : 28/07/2022				
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE : CHRIFI,Driss					
MALADE : CHRIFI,Driss		N° IMMAT C.N.S.S. :							
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :									
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh	TIERS PAYANT 2 % / Dh	TIERS PAYANT 2 MONTANT	PART DU MALADE % / Dh	PART DU MALADE MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00				0.00	1000.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	1000.00					1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
MILLE	REMISE :	0.00	REGLE :	1000.00		AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 28/07/2022	EDITEE LE : 28/07/2022	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL				
VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :				
Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
BANQUE :			BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
N° compte bancaire :			011 780 0000 70 210 00 60 028 31				



N° IPP : 1311272	N° SEJOUR : 220065487	FACTURE N° 2205019193		DATE D'ENTREE : 28/07/2022		DATE DE SORTIE : 28/07/2022				
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : CHRIFI,Driss						
MALADE : CHRIFI,Driss										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A										
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96

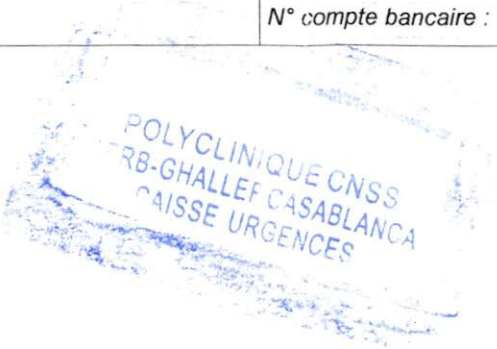
Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	170.96					170.96
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
CENT SOIXANTE DIX DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	170.96	AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00				
DATE FACTURE : 28/07/2022	EDITEE LE : 28/07/2022	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA :			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef		
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1311323	N° SEJOUR : 220065557	FACTURE N° 2204003912		DATE D'ENTREE : 28/07/2022		DATE DE SORTIE : 28/07/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHRIF, Driss						
MALADE : CHRIF, Driss		UF: 5004 LABORATOIRE								
NOM JEUNE FILLE		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE BIOLOGIE										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	200.00	1.10	220.00					0.00	220.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES .	TOTAUX :	220.00						220.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	220.00						
DATE FACTURE : 28/07/2022	EDITEE LE : 28/07/2022	PAR : SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA	N° DE POLICE		DATE AT :					
Réglement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
BANQUE :			BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
N° compte bancaire :			011 780 0000 70 210 00 60 028 31					



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 28/07/2022

Page : 1

DECOMPTE

N° de séjour : 220065557

N° de séance : 202207280589

N° IPP : 0001311323 CHRIF,Driss

Né(e) le : 01/01/1960

UF de présence : 5004 LABORATOIRE
UF demandeur : 5004 LABORATOIRE
Date et heure : 28/07/2022 15:38
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5004	EQUIPE BIOLOGISTES	D.DIMERES-TURBIDIMETRIE OU IMMUNOMARQUAGE	B	1.10	1.00	200.00	220.00

Total : 220.00